



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60801

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

1

2

(21) 2003021577

(22) 24 02 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Іщенко Роман Вікторович, Мамедалієв Новруз
Али, Кузьменко Олександр Вікторович(73) Іщенко Роман Вікторович, Мамедалієв Новруз
Али огли, Кузьменко Олександр Вікторович

(57) Спосіб резекції шлунка, що включає оперативний доступ до шлунка з подальшою мобілізацією малої кривизни, формування анастомозу та зашивання рани, який відрізняється тим, що при резекції частини шлунка зберігають воротар, частину антрального відділу і велику кривизну, після чого накладають анастомоз

Винахід належить до медицини і може знайти застосування при лікуванні ракової пухлини $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку

Операцію з локалізації ракової пухлини на малій кривизні, як правило, зводять до субтотальної резекції або здійснюють розширену резекцію 4/5 шлунку

Відомий хірургічний спосіб лікування ракової пухлини шлунку $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку [1], котрий включає оперативний доступ, мобілізацію і видалення дистальної частини шлунку з подальшою перитонізацією кукси дванадцятипалої кишки і накладенням анастомозу між порожньою кишкою та шлунком. При цьому видаляють 2/3 шлунку разом з воротарем

Основні недоліки цього способу

- виключення транзитного проходження їжі через дванадцятипалу кишку,
- видалення воротаря,
- видалення частини великої кривизни

Відомий також хірургічний спосіб лікування ракової пухлини шлунку $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку [2], що включає оперативний доступ, мобілізацію і видалення дистальної частини шлунку з подальшою перитонізацією кукси дванадцятипалої кишки і накладенням анастомозу між порожньою кишкою і шлунком. При цьому видаляють 4/5 шлунку разом з воротарем

Основні недоліки цього способу

- виключення транзитного проходження їжі через дванадцятипалу кишку,
- видалення воротаря,
- видалення частини великої кривизни

Найбільш близьким за технічною сутністю до

способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування ракової пухлини шлунку на малій кривизні [3], котрий включає оперативний доступ, мобілізацію і резекцію частини шлунку та зашивання рани. При цьому після мобілізації та резекції дистального відділу шлунку використовують затискач для зшивання, лінію скоб, що прилягає до великої кривизни, захоплюють щипцями Бабкока, щоб вийшла стома приблизно на два пальці заввишки. В слизовій оболонці, яка виступає поза затискачем в ділянці малої кривизни, починають накладати безперервний шов із кетгута за допомогою прямої або кривої голки, і ведуть його вниз до великої кривизни, поки шов не дійде до щипців Бабкока, котрі визначають верхній кінець стоми. Потім давлячий затискач знімають і на стінку шлунку накладають ентєростомічний затискач. Накладають ряд вузлових матрацних швів з шовку, щоб вивернути не тільки лінію швів слизової, а й зшити скобами стінку шлунку

Петлю порожньої кишки, що прилягає до зв'язки Трейца, розміщують перед товстою кишкою або позаду неї, виводячи її через брижу товстої кишки, щоб зблизити з частиною шлунку, котра залишилася. На ту частину порожньої кишки, котра використовуватиметься при анастомозі, накладають ентєростомічний затискач. Проксимальну частину порожньої кишки прикріплюють до малої кривизни шлунку

Задній серозальний ряд вузлових матрацних швів із шовку прикріплює порожню кишку до всього залишеного кінця шлунку. Слизові оболонки шлунку й порожньої кишки зближують безперервним швом з тонкого кетгута за допомогою прямої атравматичної голки. Щоб вивернути кути і передній

(13) A
60801
(11)
UA
(19)

шар слизової, використовують шов типу Коннепла. Від закритої частини до краю великої кривизни продовжують вести ряд вузлових матрацних швів. Обидва кути на малій і великій кривизні укріплюють додатковими вузловими швами. Основні недоліки цього способу:

- видалення воротаря,
- виключення транзитного просування їжі через дванадцятипалу кишку,
- велика травматичність,
- видалення частини великої кривизни.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб резекції шлунку, котрий забезпечує скорочення травматичності операції за рахунок збереження воротаря і великої кривизни шлунку.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі резекції шлунку, який включає оперативний доступ з подальшою мобілізацією малої кривизни, формування анастомозу та зашивання рани, відповідно до винаходу при резекції шлунку зберігають воротар, частину антрального відділу та велику кривизну, після чого накладають анастомоз.

Спосіб здійснюється таким чином. За допомогою верхньої середньої лапаротомії створюють доступ до шлунку. Мобілізацію малої кривизни шлунку починають зі створення отвору в *lig. hepatogastricum* (печінково-шлункова зв'язка), в безсудинному місці. Шлунок відтягають вниз і вправо. Безсудинну ділянку малого сальника розтинають вгору в напрямку до кардії, до передбачуваного рівня перев'язки а. *gastrica sinistra* (ліва шлункова артерія). На мобілізовану ділянку малого сальника накладають два затискачі, між якими розтинають і перев'язують ліву шлункову артерію. При перев'язуванні правої шлункової артерії затискачі накладають у напрямку від *lig. hepatoduodenale* (печінково-дванадцятипала зв'язка), щоб до них не потрапила печінково-дуоденальна зв'язка (див. креслення фіг. 1, фіг. 2).

Мобілізація шлунку при резекції пропонованою нами способом передбачає збереження шлунково-сальникової артерії, гілок шлунково-дванадцятипалої артерії, збереження воротаря та великої кривизни шлунку. Мобілізована мала кривизна фіксується затискачем Алліса. Прошивають шлунок механічними апаратами УКЛ-60 або УО-60, причому механічний шов накладають під кутом 90 градусів, вершиною до великої кривизни. Межами накладення механічного шва є анатомічні межі малої кривизни шлунку. Після прошивання шлунку механічним швом накладають затискачі Пайра біля механічного шва і розтинають шлунок між затискачем і апаратом. Препарат видаляють. Лінію механічного шва обробляють антисептиком. За допомогою окремих серозно-м'язових П-

подібних швів здійснюють складання резеційованого шлунку, причому починають складання з задньої стінки шлунку. Контроль герметизму швів виконують піно-аерозольним способом. Здійснюють пілоропластику за Веббером-Брайцевим.

Приклад. Хворий М. 1962 р. н. Історія хвороби №31499. Діагноз: виразкова хвороба шлунку. Рак шлунку.

В біопсійному матеріалі, взятого з краю виразки, виявлено хронічне запалення. Відсутність ефекту від лікування, відсутність ремісії протягом року послужили показанням до операції.

09.10.1999 р. зроблено операцію. Клиноподібна резекція шлунку зі складанням.

Знеболювання - комбінований ендотрахеальний наркоз.

Хід операції. Верхньосередня лапаротомія. В результаті ревізії виявлено виражений процес зрощення в ділянці малої кривизни. Мобілізація малої кривизни за допомогою перетину й ліпрування правої і лівої шлункових артерій. Малий сальник мобілізований в одному блоці з малою кривизною шлунку. Шлунок клиноподібно прошито апаратами УО-60 по малій кривизні, край препарату зафіксований затискачами Білльота з додатковою фіксацією затискачем Алліса. Препарат - мала кривизна з ділянкою тіла шлунку - вирізано й видалено. Здійснено складання кукси шлунку. П-подібними серозно-м'язовими швами по передній і задній стінках шлунку. Контроль гемостазу. Дренаж - у печінковий простір. Лапарорафія до дренажу. Йод на шви. Асептична пов'язка.

12.11.1999 р. контрольна фіброгастродуоденоскопія - явища поверхневого гастриту, запальний вал у ділянці механічного шва. Прорізання окремих танталових скоб. Сповільнення перистальтичних хвиль у ділянці тіла шлунку.

9.01.2000 р. контрольна фіброгастродуоденоскопія - Реканалізація механічного шва, нормалізація перистальтичних хвиль. Регрес запальних явищ.

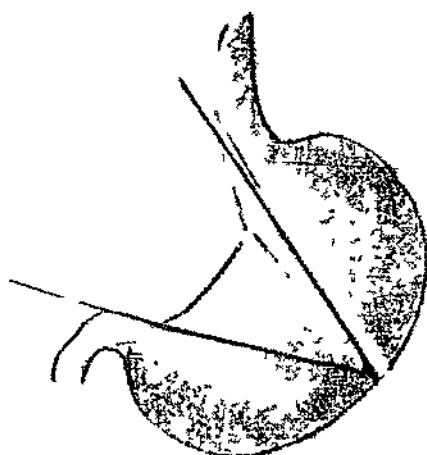
Переваги пропонованого способу: зниження травматичності операції, збереження природного пасажу їжі через дванадцятипалу кишку, збереження воротаря та великої кривизни.

Джерела інформації, взяті до уваги:

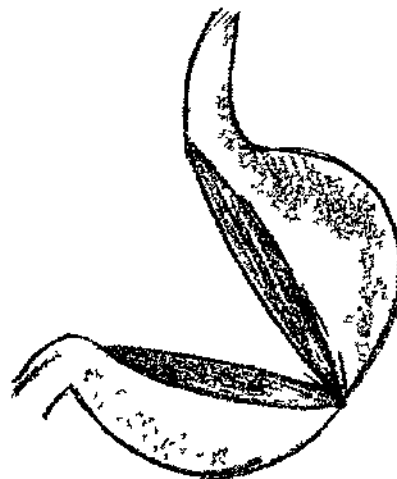
1. А.А. Шалимов, В.Н. Полупан. Атлас операцій на пищевом желудке и двенадцатиперстной кишке // Москва «Медицина» 1975 стр. 212-232.

2. И. Литтманн. Оперативная хирургия // второе издание на русском языке. Издательство академии наук Венгрии. Будапешт 1982 стр. 458-460.

3. Роберт М. Золлингер. Атлас хирургических операций // Издательство "Международный медицинский клуб" Москва 1996 стр. 60-61 (прототип).



Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3